

様式の作成方法 (1/4) | 様式2 「事業実施計画書」

申請書及び様式1～3は、都国保連へ申請分と都へ直接申請分とそれぞれ分けて法人ごとに取りまとめの上、作成してください。

(様式2)
新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業(介護分)に関する事業実施計画書(事業所単位)

施設概要

介護保険事業所番号	事業所名称		所在地		連絡先	電話番号	担当部署名
郵便番号	都道府県名	住所	電話番号	電話番号	電話番号	電話番号	電話番号
提供サービス	サービス種類コード	定員	人	職員数 (派遣含む)	人	職員数 (派遣含む)	人
事業区分	<input type="checkbox"/> 介護慰労金事業 → 1を記載 <input type="checkbox"/> 個別再開支援助成事業 → 3を記載		<input type="checkbox"/> 感染対策費用助成事業 → 2を記載 <input type="checkbox"/> 再開環境整備助成事業 → 4を記載				

口座情報

国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する
 国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない

支出予定額

1. 介護慰労金事業 ※対象職員の氏名等について、様式3を作成すること。

申請額①	千円
慰労金の区分・人数	20万円対象 人 5万円対象 人
振込手数料	千円(千円未満切り捨て)

2. 感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業

補助上限額	申請額	今回申請分②	千円
千円	千円	既申請分	千円
千円	千円	年度合計額	千円

【感染拡大防止対策や介護サービスの提供体制の確保のための経費】

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計		

3. 在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成事業

申請額③	千円			
利用者1人あたり単価 (居宅介護支援以外共通)	電話による確認 1,500 円	対象利用者数	人	
	訪問による確認 3,000 円	対象利用者数	人	
居宅介護支援のみ 右欄に記載	電話による確認	1,500 円	対象利用者数	人
	電話による確認(看護師等が協力した場合)	4,500 円	対象利用者数	人
	訪問による確認	3,000 円	対象利用者数	人
	訪問による確認(看護師等が協力した場合)	6,000 円	対象利用者数	人

4. 在宅サービス事業所における環境整備への助成事業

補助上限額	申請額	今回申請分④	千円
千円	千円	既申請分	千円
千円	千円	年度合計額	千円

【在宅サービス事業所における環境整備のための経費】

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計		

(注)2. 及び4. の事業の申請額(今回申請分)は、補助上限額と所要額を比較していずれか低い方の額が入力される。

「施設概要」欄の入力

【入力に際して注意する点】

ア：「提供サービス」はプルダウンでご選択ください。
 ・施設系は定員別に選択する項目が異なりますので、ご注意ください。

イ：「事業区分」において、申請予定の事業にチェックをしてください。
 ・チェックの過不足がある場合には、再度申請が必要になる場合がございます。

ウ：介護保険事業所番号及びサービス種別コードをお持ちでない場合は、介護保険事業所番号に「個票番号」(例：個票1の場合は「1」)を、サービス種別コードに「99」を入力してください。

1の事業(全サービス対象)

ア：「20万円対象」人数及び「5万円対象」人数の入力
 様式3の記入情報をもとに各事業所の20万円対象及び5万円対象人数を入力してください。

イ：「振込手数料」の入力
 慰労金の支給に際して必要となる振込手数料は計算した上で、入力してください。

2の事業(全サービス対象)

ア：所要額(円)の入力
 対象経費を確認の上、購入等を予定している品目の合計金額を入力してください。

・「科目」は各法人の仕分ルールに沿って、分類してください。

・「用途・品目・数量等」は購入等を検討しているすべての物品等について記載してください。ただし、スペースの都合上、記載できない場合には、主要な品目を記載し、「等」を用いて省略してください。

3の事業(在宅サービスのみ対象)

ア：人数のカウント方法
 ・同一事業所で同一人物に対して電話及び訪問による確認の両方を実施した場合には、併給することができず、どちらかの区分のみで1回としてカウントしてください。

4の事業(在宅サービスのみ対象)

・入力方法は「2の事業」と同様です。

(注)本様式は、申請する事業所ごとに作成が必要です。

(様式3) 介護慰労金受給職員表(法人単位)

※ 本表は法人単位でまとめて記載すること。

	氏名 (漢字)	氏名 (全角カナ)	生年月日 (西暦)	本人の住所	主たる勤務先			分類			慰労金 (万円)	確認事項				支払実績	
					事業所番号	サービス 種類 コード	事業所・施設の名称	施設区分	対応区分	他の施設等との 期間通算がある 場合その施設名		委任状の 有無	他法人での 慰労金の申請の 有無	業務委託 による 従事者	重複 申請者 確認用	支払年月日 (西暦)	支払金額 (円)
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

①入力必須項目への入力

青及び緑のセルはすべて入力が必要となります。緑のセルについては、プルダウンでの選択式になります。

- ・「事業所番号」欄には、「13」から始まる10桁の番号を半角で入力してください。

※事業所番号及びサービス種別コードをお持ちでない場合は、事業所番号に「個票番号」（例：個票1の場合は「1」）を、サービス種別コードに「99」を入力してください。

- ・「他の施設等との期間通算がある場合その施設名」欄には、給付対象条件である10日を計算する際に、複数事業所での勤務歴を合計している場合には、全ての事業所名を記入してください。

②「慰労金」欄の確認

- ・慰労金金額は、「分類」のうち、「施設区分」、「対応区分」の順でプルダウンを選択することで自動で入力されます。各職員からの申請された金額と同額となっているか確認してください。

③その他確認事項

- ・「委任状の有無」に「無」と入力した場合には、給付の対象外となる可能性があるため、委任状を受領していない場合には速やかに職員に対して依頼してください。
- ・「他法人での慰労金の申請の有無」に「有」と入力した場合には、給付の対象外となります。

④支払実績

- ・原則入力は不要です。
- ・申請前に職員に対して慰労金を支給している場合には、交付申請の段階で入力いただいて差し支えありません。

(注) 様式2、3以外の様式は、ほとんどが自動計算されますが、申請前に確認をお願いいたします。

点線：自動的に入力される項目

(様式1) 事業所・施設別申請額一覧

リスト作成

No.	介護保険 事業所番号	事業所・施設名	電話番号	郵便番号	住所	代表となる 事業所・施設名	補助予定額(千円)					審査 結果	
							介護 慰労金	20万円 対象者の 有無	感染対策 費用助成 事業	個別再開 支援助成 事業	再開環境 整備助成 事業		合計
1	13XXXXXXXX	デイ都庁	XX-XXXX-XXXX	163-XXXX	東京都新宿区〇〇1-1-1	(法人)株式会社 東京都介護サービス	251	有	310	28.5	50	639.5	
2	13YYYYYYYY	デイ都庁2	XX-XXXX-XXXX	163-XXXX	東京都新宿区〇〇2-2-2	(法人)株式会社 東京都介護サービス	51		310	28.5	50	439.5	
3													
4													

※「審査結果」は東京都が使用する項目なので、入力・変更しないで下さい。

(別添) 事業所・施設別申請額一覧(サービス別一覧)

No.	介護保険 事業所番号	事業所・施設名	サービス種別	電話番号	郵便番号	住所	代表となる 事業所・施設名	補助予定額(千円)					合計
								介護 慰労金	20万円 対象者の 有無	感染対策 費用助成 事業	個別再開 支援助成 事業	再開環境 整備助成 事業	
1	13XXXXXXXX	デイ都庁	通所介護事業所(通常型)	XX-XXXX-XXXX	163-XXXX	東京都新宿区〇〇1-1-1	(法人)株式会社 東京都介護サービス	251	有	310	28.5	50	639.5
2	13YYYYYYYY	デイ都庁2	通所介護事業所(通常型)	XX-XXXX-XXXX	163-XXXX	東京都新宿区〇〇2-2-2	(法人)株式会社 東京都介護サービス	51		310	28.5	50	439.5
3													
4													

自動で反映されたデータに誤り等がないか確認の上、様式1 「申請額一覧」の「リスト作成」を押して下さい。

様式第1号

令和 2 年 8 月 25 日

東京都知事 殿

(法人名) 株式会社東京都介護サービス
(役職・代表者名) 代表取締役・東京 太郎

令和2年度東京都新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（介護分）に係る交付申請書の提出について

標記について、次により交付金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

申請額： 1133 千円

(内訳)

1. 介護慰労金事業 252 千円
2. 感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業 700 千円
3. 在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成 51 千円
4. 在宅サービス事業所における環境整備への助成事業 130 千円

(添付書類)

- 1 事業所・施設別申請額一覧（様式1及び別添）
- 2 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（介護分）に関する事業実施計画書（事業所単位）（様式2）
- 3 介護慰労金受給職員表（法人単位）（様式3）

【申請内容に関する連絡先】

申請法人住所	〒163-XXXX 東京都新宿区〇〇1-1-1
部署名	◇◇◇部
担当者氏名	東京 太郎
連絡先	電話番号 XX-XXXX-XXXX
	e-mail 〇〇〇@△△

破線：事業所で記載が必要な項目

①申請日、申請者、申請内容に関する連絡先を入力します。
※ 押印は不要です。

②申請額と内訳は、個票の情報をもとに自動的に入力されます
※本欄の申請額が別添（事業所一覧）の合計額と一致しない場合、Excel様式の欄外に確認を促す表示がされます。

《申請様式の提出先》

○東京都国民健康保険団体連合会

電子請求システム <http://www.e-seikyuu.jp/>

郵送 〒102-0072 東京都千代田区飯田橋3-5-1

東京区政会館8階東京都国民健康保険団体連合会内
慰労金等申請窓口宛

○東京都福祉保健局ホームページ

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/covid19-kinkyuuhoukatsu/index.html>

※提出は電子申請フォームからお願いします。